IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 31)
z dnia 22 lutego 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 31)

22 lutego 2022 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Lidii Burzyńskiej (PiS)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności opieki dla chorych z otępieniem.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Zygmunt Wierzyński** prezes Alzheimer Polska wraz ze współpracownikiem, **Maria Leszczyńska** prezes Siedleckiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Kordian Kulaszewicz** wiceprzewodniczący Rady ds. Seniorów oraz Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w Ministerstwie Rodziny i Polityki Społecznej.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Elżbieta Przybylska, Grażyna Kućmierowska** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dobry wieczór, serdecznie witam wszystkich państwa. Stwierdzam przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji wobec niewniesienia do niego zastrzeżeń. Informuję, że dzisiejsze posiedzenie Komisji jest prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Jednocześnie informuję, że posłowie, obecni na sali członkowie Komisji, głosują przy użyciu urządzenia do głosowania za pomocą legitymacji poselskiej, wówczas nie logują się w systemie komunikacji elektronicznej i nie używają tabletów.

Przystępujemy do stwierdzenia kworum. Proszę państwa posłów o naciśnięcie jakiegokolwiek przycisku w celu potwierdzenia obecności na posiedzeniu. Dziękuję. Czy mamy kworum? Mamy kworum. Proszę państwa, informuję tych posłów, którzy zdalnie uczestniczą w posiedzeniu Komisji, nie zamykamy jeszcze możliwości zalogowania się, tak, abyście państwo mogli się z nami łączyć. Stwierdzam kworum.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Porządek dzienny przewiduje rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat dostępności opieki dla chorych z otępieniem. Panie ministrze, proszę o zreferowanie informacji. Proszę pana ministra Waldemara Kraskę sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca.

Panie i panowie posłowie, szanowni państwo, myślę, że temat jest rzeczywiście bardzo ważny. Może przez nas chwilami bardzo niedoceniany, ale myślę, że każdy z nas ma albo miał taką osobę w rodzinie, która jest chora z powodu otępienia, lub stykał się z takimi chorymi. Myślę, że to nasze dzisiejsze spotkanie jest bardzo ważne. Postaram się przedstawić, jaka jest w tej chwili dostępność opieki dla chorych z otępieniem. Szczególnie, że zachodzące procesy demograficzne – w szczególności to, że nasze, choć nie tylko nasze, społeczeństwo stopniowo się starzeje – prowadzą do tego, że takich osób niestety będzie przybywało. Dotyczy to części chorób neurodegeneracyjnych takich jak choroba Alzheimera, czy też inne zaburzenia otępienne.

Światowa Organizacja Zdrowia określa otępienie jako długotrwały i postępujący zespół spowodowany chorobą mózgu, przy czym uszkadzający ważne dla człowieka

funkcje korowe tj.: myślenie, pamięć, rozumienie, orientację, zdolność do uczenia się, liczenie oraz ocenę sytuacji. Najczęściej otępienie dotyka osoby starsze lub w podeszłym wieku, chociaż mają miejsce przypadki pojawiania się tego typu schorzeń u osób w wieku ok. 40. r.ż. Według szacunków w 2019 r. liczba osób cierpiących na zaburzenia otępienne w skali światowej wyniosła ponad 50 mln przypadków, a do 2050 r. ta liczba wzrośnie do 152 mln. Oznacza to, że liczba chorych na chorobę Alzheimera ulegnie potrojeniu do 2050 r.

W polskim badaniu osób starszych PolSenior2 oceniono częstość występowania zaburzeń poznawczych. Zgodnie z danymi opublikowanymi – na razie w formie monografii – średnio co szósta osoba powyżej 60. r.ż. w Polsce prezentuje deficyt poznawczy w stopniu nasuwającym podejrzenie otępienia. Co warto podkreślić zaburzenia otępienne mają wymiar zarówno indywidualny, jak i społeczny. Odciskają piętno na życiu każdej dotkniętej nimi osoby. Jednak razem z tą osobą w pewnym sensie – mówię to w cudzysłowie – chorują także jej bliscy. Wystąpienie zaburzeń otępiennych powoduje bowiem ogromne obciążenie fizyczne, psychiczne i finansowe dla osób najbliższych i opiekunów nieformalnych. Osoby chore i osoby bliskie dotyka często nie tylko izolacja, lecz także stygmatyzacja. Do nasilenia się skutków tych zjawisk niewątpliwie przyczyniła się trwająca już prawie dwa lata epidemia SARS-CoV-2. Szacuje się, że w ujęciu globalnym całkowite roczne koszty spowodowane zaburzeniami otępiennymi w świecie wynoszą 1 bln dolarów, a według prognoz do 2030 r. mogą ulec podwojeniu.

Osoby starsze, w tym chorzy z otępieniem, podobnie jak wszystkie osoby objęte powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, są adresatami obowiązujących rozporządzeń ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach. Wśród świadczeń gwarantowanych nie ma produktów dedykowanych wyłącznie osobom z otępieniem, stąd te osoby korzystają ze świadczeń w zależności od potrzeb zdrowotnych na zasadach ogólnych. Pacjenci z zaburzeniami otępiennymi mogą skorzystać m.in. ze świadczeń: psychiatrycznych, psychogeriatrycznych, rehabilitacji psychiatrycznej, opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych oraz w opiece domowej lub opiece rodzinnej. Pacjentom z przedmiotowymi jednostkami chorobowymi opiekę zapewniają także Centra Zdrowia Psychicznego. Dodatkowo osobom z tego rodzaju zaburzeniami mogą być udzielane świadczenia specjalistyczne, jak np. porada neurologiczna lub porada geriatryczna.

Odnosząc się do kwestii dostępności do świadczeń… Trzeba wyraźnie podkreślić, że świadczenia opieki zdrowotnej – udzielane w szpitalach, w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, czy też jako stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ustalonych przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Kolejka osób oczekujących na udzielanie świadczeń obejmuje więc wszystkich bez względu na wiek, czy problem zdrowotny. Co ważne ustalanie terminów wizyt, prowadzenie list osób oczekujących na udzielenie świadczenia, a także dokonywanie przesunięć na tych listach stanowi zadanie poszczególnych świadczeniodawców. Bardziej szczegółowe informacje, które dotyczą dostępności świadczeń, przesłaliśmy państwu w materiałach, które zostały państwu doręczone.

Odnosząc się do innych zadań Ministerstwa Zdrowia na rzecz tych pacjentów, chciałbym wyraźnie podkreślić, że dostrzegamy szczególne potrzeby osób z zaburzeniami otępiennymi. Na pewno pojawią się pytania o dokument strategiczny w postaci planu wobec demencji, który Polska zobowiązała się opracować do 2025 r. Nie odżegnujemy się od tych deklaracji. W 2020 r. ministerstwo podjęło w tym zakresie współpracę ze Światową Organizacją Zdrowia. WHO wspiera kraje, które postanowiły wdrożyć plany dedykowane osobom z demencją, poprzez przygotowanie oraz udostępnienie m.in. wytycznych pomocnych w procesie przygotowania dokumentów krajowych, a także platformy wymiany wiedzy zawierającej dane na temat kluczowych inicjatyw wspierających wdrażanie planu działania na rzecz demencji.

Potrzeba opracowania programu działań – skierowanych do osób starszych, chorych na choroby otępienne – do 2025 r. została wskazana także w dokumencie strategicznym „Polska polityka społeczna wobec osób starszych 2030". Dokument został przyjęty przez

Radę Ministrów. Planuje się, aby wstępny projekt dokumentu – obejmujący działania dedykowane osobom z demencją – został opracowany do końca bieżącego roku, czyli do 2022 r.

Chciałbym również zaznaczyć, że prowadzimy rozmowy oraz konsultacje dotyczące nowych rozwiązań dla pacjentów z zaburzeniami otępiennymi z ekspertami działającymi w tym obszarze. Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia był obecny m.in. na seminarium dotyczącym przeglądu międzynarodowych planów wobec demencji zorganizowanym w grudniu 2021 r. przez ekspertów z uczelni Łazarskiego. Prezentował priorytety, jakie Ministerstwo Zdrowia planuje ująć w polskim dokumencie strategicznym. Myślę, że dzisiaj warto wskazać na niektóre z nich. Po pierwsze, chcemy wzmocnić działania informacyjne podnoszące świadomość w zakresie demencji. Po drugie, wzmocnić działania zmniejszające ryzyko demencji także diagnozę, leczenie, opiekę i wspieranie pacjentów z demencją. Chcemy wspierać opiekunów osób z demencją, tworzyć systemy informacyjne dotyczące demencji, prowadzić badania naukowe i innowacyjne w zakresie demencji, koordynować działania prowadzone na rzecz osób chorych oraz ich opiekunów.

Mamy świadomość, że demencja dotyka nie tylko pacjenta, lecz także jego najbliższych. Oddziałuje w wielu wymiarach na ich sytuację nie tylko zdrowotną, lecz także ekonomiczną i społeczną. Chcieliśmy dlatego, aby plan wobec demencji miał charakter interdyscyplinarny i obejmował także działanie innych ministerstw. W tym zakresie prowadzimy w tej chwili konsultacje. Należy jednak zwrócić uwagę, że powstanie dokumentu strategicznego nie zmieni sytuacji z dnia na dzień. Po pierwsze, opracowanie kompleksowego programu – który w jak największym stopniu będzie odpowiadał na obecne lub przyszłe potrzeby osób z demencją, w tym z chorobą Alzheimera – wymaga analizy aktualnej sytuacji tych osób oraz zgromadzenia informacji na temat dotychczas organizowanych inicjatyw, a także możliwych źródeł finansowania poszczególnych działań. W związku z tym obecnie chcielibyśmy wykorzystać dostępne środki i zrealizować działania, które są uzasadnione, a potrzeba ich wdrażania nagląca.

W Polsce dużym problemem jest brak świadomości zarówno po stronie osób zagrożonych demencją, ich bliskich, jak i nawet personelu medycznego. Jeszcze wiele zmian musi nastąpić, aby osiągnąć szerszą społeczną świadomość tego problemu, większe zaangażowanie władz i wspólnot lokalnych w celu wsparcia osób chorych. Tak ważne są dlatego działania świadomościowe, na co wyraźnie wskazuje także WHO. Z powodu braku świadomości społecznej ludzie często lekceważą symptomy zaburzeń otępiennych, nie zgłaszają się do lekarza, izolują chorych i siebie od otoczenia, co ma ogromny wpływ na przebieg choroby i zdolność przygotowania się do jej przebiegu. Stygmatyzacja, brak informacji lub błędne informacje dotyczące otępienia są bowiem ogromnym problemem społecznym. Chcemy rozpocząć działania, które uwrażliwią społeczeństwo na objawy chorób otępiennych i podkreślą znaczenie wczesnej diagnostyki. Podniosą poziom wiedzy na temat postępowania wobec osoby chorej i przyczynią się do kształtowania właściwych postaw w środowisku wobec osób chorych i ich rodzin.

Dlatego w tym roku, 2022 r., zaplanowaliśmy wsparcie dla osób z zaburzeniami otępiennymi i ich bliskich w ramach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 poprzez różne działania. Takie jak: rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej na temat chorób otępiennych, szkolenia dla nieformalnych opiekunów na temat zaburzeń otępiennych oraz zasad właściwych opieki nad chorymi, zapewnienie wsparcia psychologicznego i edukacji prozdrowotnej nieformalnym opiekunom osób starszych w tym opiekunom osób z zaburzeniami otępiennymi, opracowanie założeń platformy edukacyjnej i przeprowadzenie szkoleń dla przedstawicieli służb publicznych zawodów niemedycznych na temat demencji oraz zasad postępowania z chorymi. Co więcej aktualnie prowadzone są prace nad rozwiązaniami w zakresie wczesnej diagnostyki zaburzeń otępiennych. Tu szczególną rolę będzie miała podstawowa opieka zdrowotna. Ponadto powołanie Krajowej Rady ds. Neurologii, której zadaniem będzie m.in. opracowanie i przedstawienie ministrowi zdrowia propozycji działań w zakresie organizacji opieki nad chorymi z zaburzeniami w tym z chorobą otępienną. To także powinno usprawnić diagnozowanie i postępowanie z osobą chorą na otępienie. Ponadto planujemy wsparcie psychologiczne także dla opiekunów osób z demencją, grupy wsparcia terapeutycz-

nego. Planujemy także opracowanie standardów i pilotażu dziennych centrów wsparcia pamięci, które oferowałyby wstępne badania przesiewowe dla osób z objawami zaburzeń otępiennych, wsparcie i informacje dla osób, które otrzymały diagnozę dotyczącą demencji i ich bliskich, zajęcia edukacyjne i wsparcie psychologiczne opiekunów nieformalnych. Chcemy także utworzyć infolinię dla opiekunów osób z demencją i osób chorych. Zgłosiliśmy to także do finansowania w ramach środków UE na lata 2021–2027, czekamy z rozpoczęciem prac na negocjacje z Komisją Europejską.

Proszę państwa, pani przewodnicząca, państwo posłowie, to są może suche fakty i suche informacje, które przedstawiłem, ale myślę, że – tak jak powiedziałem na wstępie – problem jest bardzo, bardzo ważny. Nasze społeczeństwo rzeczywiście się starzeje, żyjemy coraz dłużej – i to jest dobra wiadomość – niestety to się wiąże z tym, że pewna część z nas… Państwo wszyscy jesteście bardzo młodzi, ale to może niestety nas spotkać. Zaburzenia otępienne mogą nas dotyczyć. Myślę, że każdy spotkał się z taką osobą. Wiemy, że traktujemy te osoby jak kogoś, kogo trzeba odgrodzić od społeczeństwa, czasem się ich wstydzimy, czasem nie rozumiemy ich zachowań. Denerwujemy się, jak matka do córki, z którą żyje wiele lat, może zwracać się czasem zupełnie nieadekwatnie do sytuacji. To jest właśnie taka choroba. Musimy zwrócić uwagę także na to, aby dotrzeć do społeczeństwa i pokazać, że to nie jest nic dziwnego, że ta osoba się tak zachowuje. To jest choroba, którą można leczyć. W tym pierwotnym okresie można ją także wcześniej zdiagnozować, starać się, aby nie dochodziło do takich powikłań. Tak jak wstępnie mówiłem, co szósta osoba powyżej 60. r.ż. w Polsce może zachorować na tę chorobę. To jest bardzo potężna grupa populacyjna.

Jeszcze raz dziękuję za zaproszenie na tę dzisiejszą konferencję i za ten temat, bo myślę, że on jest bardzo ważny. My jako Ministerstwo Zdrowia podchodzimy do tego w sposób ważny i poważny. Będziemy, tak jak przedstawiłem, wprowadzać te programy, aby tę wiedzę szczególnie w społeczeństwie upowszechniać. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Proszę państwa, zanim otworzę dyskusję na tak ważny temat, jakim jest dla naszego społeczeństwa ta cywilizacyjna choroba osób powyżej 60. r.ż., to naprawię swój błąd, który popełniłam w trakcie udzielenia głosu panu ministrowi. Chcę przede wszystkim bardzo serdecznie przeprosić, a zarazem powitać gości, którzy są na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Polityki Senioralnej. Jeszcze raz witam pana Waldemara Kraskę sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia. Witam bardzo serdecznie również pana Michała Dzięgielewskiego dyrektora Departamentu Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia. Witam pana Dariusza Poznańskiego dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ oraz panią Dominikę Szajnogę doradcę ministra w gabinecie politycznym w MZ. Witam serdecznie panią Małgorzatę Michalską naczelnik wydziału w Departamencie Zdrowia Publicznego w MZ. Witam bardzo serdecznie panią Edytę Ekwińską, wiceprezes Alzheimer Polska. Witam pana Kordiana Kulaszewicza prezesa fundacji Adaptacja. Witam serdecznie panią Małgorzatę Zwiercan, która zna problemy tej Komisji, i panią Krystynę Wróblewską. W poprzedniej kadencji pani również bardzo żywo uczestniczyła w posiedzeniach.

Witam bardzo serdecznie gości zdalnych, którzy łączą się z nami za pośrednictwem cywilizacyjnych możliwości. Jest z nami pan Marcin Miernicki specjalista z Sekcji Opieki Długoterminowej, Paliatywnej i Hospicyjnej oraz Stomatologicznej w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ, pan Paweł Ignatowicz główny specjalista Wydziału Nadzoru Realizacji i Zawierania Umów w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ. Witam bardzo serdecznie pana dr. Rafała Sapułę, stałego doradcę Komisji. Witam serdecznie panią Anitę Richert-Kaźmierską członek Rady ds. Polityki Senioralnej. Witam pana Zygmunta Wierzyńskiego prezesa Alzheimer Polska. Witam panią Marię Leszczyńską prezes Siedleckiego Stowarzyszania Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera oraz pana Jerzego Płókarza prezesa Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Witam państwa bardzo serdecznie. Jeszcze raz prze-

praszam, że uczyniłam to tak późno. Z wielką radością witam państwa na posiedzeniu dzisiejszej Komisji.

Panie ministrze, serdecznie dziękuję za przybliżenie bardzo istotnej i ważnej tematyki, która do tej pory może nie była przez społeczeństwo, przez najbliższych aż tak diagnozowana. Może nie wszyscy zdawali sobie z tego sprawę, że oprócz Alzheimera istnieje coś takiego jak otępienie. Wiem, o czym mówię, bo jestem szczęśliwą córką mamy, która w wieku 92 lat ma otępienie. Czasami bliscy, rodzina, ci, którzy się zajmowali tą osobą, uważają, że to wiek jest tego wynikiem, że to nie jest choroba, która postępuje, że tak po prostu musi być. To jest bardzo istotne, co pan powiedział, że przede wszystkim konieczne jest przekazanie informacji społeczeństwu. Po to, żeby bliscy skupiający swoją uwagę na mamie, tacie, bracie, siostrze, czy nawet dziecku, mogli dostrzec, że to nie jest wynik niechciejstwa, że to nie jest wynik złego charakteru pacjenta, złej woli, czy wieku, ale to jest wynik otępienia. Pan minister powiedział, że liczba takich osób w Polsce – ale nie tylko w Polsce na całym świecie – rośnie w zastraszającym tempie, bo praktycznie…

Stwierdził pan też, że bliscy może nie doceniają tej formy pomocy. Nie. Bliscy są otwarci na nowinki, ale niewielu bliskich wie o tym, jakie formy pomocy można zastosować, aby swoim bliskim chorym w jakichś sposób pomóc, ale również i sobie, bo zdiagnozowanych… Ta statyczna liczba, o której powiedział pan minister, to na pewno jest liczba tych, którzy ujawnili tego typu chorobę. Musimy wiedzieć, że w zaciszu domowych pieleszy, w zaciszu rodzinnej miłości, jest wiele osób, które nie wiedzą, albo uważają, że to należy do ich obowiązków… To jest piękne, że Polska jest takim krajem, w którym ta pokoleniowa miłość, przyjaźń funkcjonuje, bo w rodzinie wszystko się zaczyna i w rodzinie powinno czuć się najbezpieczniej.

Panie ministrze, należy przyznać szczególną rolę tym planowanym działaniom, o których pan wspomniał. My, posłowie otrzymaliśmy informację, dokument. Pomoc, która jest udzielana, z której mogą skorzystać pacjenci to są – tu pan wymienił – świadczenia psychiatryczne, psychogeriatryczne, rehabilitacja psychiatryczna czy pomoc w opiece domowej lub rodzinnej. Obejmuje również te działania, które są zawarte w programie nakierowanym na politykę senioralną, czyli w strategii „Polityki społecznej wobec osób starszych 2030 r.”, a więc bezpieczeństwo, uczestnictwo i solidarność.

Na posiedzeniach Komisji wiele razy poruszamy tę kwestię, że to nie jest tylko sprawa NFZ, nie tylko opieki medycznej, lecz również albo przede wszystkim chodzi o działania zapobiegające. To uczestnictwo w wielu działaniach kontynuuje, ale również rozszerza rząd Prawa i Sprawiedliwości. Mam na myśli chociażby programy „Aktywni+”, „Senior+”, dzienne domy seniora. Po to, żeby seniorzy, czyli osoby, które swoim doświadczeniem, życiem, pracą odegrały rolę w trakcie życia zawodowego, mogły czuć się potrzebne i aktywne. To spowoduje, że nawet w ten stan otępienia będą wchodzić zdecydowanie wolniej. Tak że tu bardzo dziękuję, panu ministrowi. Mam nadzieję, że będzie… Chwileczkę, pani poseł… Mam nadzieję, że te działania będą wspierały ze wszech miar nie tylko politykę senioralną, politykę państwa, lecz również, czy przede wszystkim, osoby tym dotknięte i osoby, które borykają się na co dzień z tymi problemami. Dziękuję bardzo.

Otwieram dyskusję. O zabranie głosu prosi pani Paulina Matysiak, zastępca przewodniczącego. Bardzo proszę.

Poseł Paulina Matysiak (Lewica):

Dziękuję. Na wstępie od razu powiem, że przepraszam za spóźnienie, ale przybiegłam z innej Komisji, która jeszcze trwa.

Dziękuję za tę informację, z którą jako posłowie i posłanki pracujące w Komisji Polityki Senioralnej mogliśmy się zapoznać, czyli za tę informację przedstawioną na piśmie. Mam kilka pytań. Oczywiście wiemy, jak wyglądają te szacunki. W tym momencie na chorobę Alzheimera cierpi ok. 350 tys. osób w Polsce. Tymczasem z informacji wynika, że liczba seniorów w wieku powyżej 60. r.ż., u których rozpoznano to schorzenie i którym udzielono świadczenia medyczne, w 2019 r. wyniosła ok. 62,5 tys. osób, w 2020 r. 57 tys., a w 2021 r. 56 tys. Chciałabym w tym miejscu zapytać, jak można wyjaśnić dosyć znaczącą różnicę między szacunkowymi wartościami występowania Alzheimera a liczbą

udzielonych świadczeń. Trendy wskazują, że na choroby otępienne, w tym właśnie na chorobę Alzheimera, będzie chorować coraz więcej seniorów, a tymczasem wychodzi na to, że liczba świadczeniobiorców w ciągu tych trzech lat spadła. Z czego to wynika?

Chciałabym się też zapytać o to, czy – bazując na prognozach znacznego wzrostu liczby seniorów z chorobami otępiennymi w najbliższych latach, w ciągu kolejnych dekad –planowane jest zwiększenie liczby świadczeniodawców, aby byli w stanie w przyszłości efektywnie odpowiadać na narastające potrzeby. Oczywiście to jest pytanie o świadczenia w poradniach zdrowia psychicznego, ale też w poradniach psychogeriatrycznych. Czy państwo myślicie nad takimi działaniami, żeby rosła liczba specjalistów geriatrycznych? Czy będą w tym zakresie prowadzone działania? Wiemy, że w tym momencie liczba geriatrów jest już zbyt niska, potrzebujemy ich więcej, a trendy są takie, że będziemy potrzebowali jeszcze więcej udzielanych świadczeń, żeby zapewnić pacjentom należytą opiekę.

Jeszcze jedna rzecz, jeszcze jedna kwestia, którą chciałabym poruszyć. Z tej przedstawionej informacji wynika, że mają państwo szereg planów, które mają zostać zrealizowane do końca tego roku. To jest oczywiście kierunek w dobrą stronę. Chciałabym zapytać w swoim imieniu, ale również w imieniu chorych i ich bliskich, o to, czy te analizy, programy uda się przygotować w zakładanym czasie. To jest jedna rzecz.

Kolejna rzecz i to jest bardzo ważne pytanie, czy powstanie kompleksowy program, który odpowie na wyzwania związane z demencją. Inne kraje przyjmują takie projekty, programy. Dlaczego nie ma takiego projektu w Polsce? Czy on się pojawi i kiedy? Przede wszystkim z jednej strony jest to kwestia wczesnego wykrywania chorób otępiennych i być może państwo to połączą z moim pierwszym pytaniem o to, dlaczego tak mało jest świadczeń dla osób, które chorują. Wiemy, że mamy bardzo duże szacunki, że tych chorych będzie coraz więcej, a te świadczenia nie idą za tymi szacunkami. Dzieje się tu coś nie tak, być może na poziomie kontaktu z pierwszym lekarzem. Czy jest jakiś pomysł, żeby przy kontakcie z lekarzem w przychodni robić przynajmniej badania przesiewowe, po to, by móc dalej kierować tych pacjentów. Wydaje mi się, że to jest bardzo ważne. Okazuje się, że mamy bardzo wielu chorych, u których choroba wykrywana jest już na bardzo późnym etapie i w zasadzie niewiele można zrobić.

Przede wszystkim wydaje mi się, że kluczowa jest też kwestia pomocy dla opiekunów osób, które chorują na chorobę Alzheimera i osób, które opiekują się osobami z demencją. Mam tu pytanie o wsparcie, też wsparcie specjalistyczne. Państwo z resortu zdrowia mogą w swoim zakresie odpowiedzieć, choć zdaję sobie sprawę, że to wymagałoby działań podjętych z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej, ale z perspektywy resortu zdrowia… Myślę, że takie wsparcie na poziomie tego, że przychodzi pielęgniarka, że faktycznie można doczekać się lekarza w domu… Powiem więcej zupełnie na koniec... Mówię to jako wnuczka babci, która kilka miesięcy temu zmarła właśnie na chorobę Alzheimera. To jest bardzo, bardzo trudne dla tych, którzy opiekują się taką osobą. Nie można wywalczyć wizyty lekarza. Nie można wywalczyć wizyty pielęgniarki. Takich osób w Polsce są tysiące. Mam nadzieję, że pan minister coś im odpowie.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani poseł za zadanie pytania.

Czy ktoś z posłów chce jeszcze zabrać głos? Szanowna pani, proszę założyć maseczkę, a jak udzielę pani głosu, to ją pani wtedy zdejmie. Czy ktoś z posłów się zgłosił? Nie. Zatem zanim oddam pani głos, poproszę pana ministra. Panie ministrze, pozwoli pan jednak, że zanim oddam panu głos, powiem krótko coś pani wiceprzewodniczącej.

Dużo z tych kwestii, o których pani mówiła, poruszyłam podczas pani nieobecności po wystąpieniu pana ministra. Jeżeli chodzi o zmniejszenie liczby świadczeń, co zapewne potwierdzi pan minister, to jest to bez wątpienia spowodowane pandemią koronawirusa. Zmniejszenie tego typu, świadczeń… Z racji tego, że naprawdę seniorzy się izolowali, nie wychodzili, to ten problem się ujawnił.

Powiedziała pani, że liczba specjalistów jest coraz większa, ponieważ liczba tych przypadków choroby otępiennej, Alzheimera, wzrasta… Nie kto inny, ale obecny rząd cały czas stara się, chociażby zwiększając niemalże o 50% liczbę studentów medycyny. To jest podstawa. Doprowadzenie do uzyskania specjalisty to nie jest 6 lat. To są potem jeszcze

lata specjalizacji. I właśnie chęć… Nie tylko chęć, nie tylko zapowiedzi, ale realizacja zwiększenia liczby studentów świadczy o tym, że dostrzegamy ten problem i podejmujemy wszelkie działania, aby wyeliminować sytuację ograniczenia specjalistów lub ich zbyt małej liczby.

Bardzo proszę, panie ministrze, o udzielenie odpowiedzi.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Pani poseł, pani bardzo emocjonalnie do tego podeszła. Rozumiem panią. Kilkanaście lat temu też byłem w podobnej sytuacji. Również nie mogłem się pogodzić z tym, że osoba, którą przez lata tak dobrze znałem, moja babcia… W pewnym momencie kontakt między nami był praktycznie niemożliwy. To jest bardzo bolesne. Myślę, że powinniśmy mieć tego świadomość, że niestety coraz częściej to będzie się pojawiać w naszym społeczeństwie.

Pani powiedziała o 350 tys. osób. To są oczywiście szacunki. Brak w tej chwili do rejestru chorych na choroby otępienne… Nie prowadzimy takiego rejestru. Te rozpoznania, które są czasem stawiane przez lekarzy – wbrew pozorom wcale nie tak łatwo postawić diagnozę, że to jest choroba otępienna – nie odzwierciedlają stanu faktycznego. Takie osoby chorują najczęściej także na inne schorzenia, więc ta diagnoza jest jakby obok, nie jest wykazywana w tej statystyce.

Bardzo chcemy, aby ta pomoc dla osób chorych, dla ich najbliższych była także jak najbliżej tych osób. Mówimy tu o Centrach Zdrowia Psychicznego, ale myślę, że główną rolę powinien jednak odegrać lekarz POZ. Osoba, która zna tę rodzinę, zna te osoby i wie, że jest taki problem w tej rodzinie. Myślę, że to dotarcie do POZ z tą informacją, ale także pokazanie im, że można taką osobę skierować do specjalisty, który udzieli jej pomocy, jest bardzo ważne.

Pani poseł, te działania, które zaplanowaliśmy, mają podstawy finansowe. Mamy środki, aby je przeprowadzić. Kwestia techniczna, aby to zadziało się w tym roku. Mam nadzieję, że to się wydarzy. Także w POZ-ach, czy właśnie Centrach Zdrowia Psychicznego chcemy prowadzić te badania przesiewowe. To są różnego rodzaju badania, które mogą pokazać, że jest jakiś problem, że tego pacjenta trzeba jeszcze dogłębniej przebadać i ewentualnie wtedy udzielić mu pomocy.

Na pewno bardzo ważne jest to, co pani poruszyła, czyli wsparcie dla osób, które się opiekują chorymi. Ta opieka wytchnieniowa jest bardzo ważna, bo osoba z chorobą otępienną absorbuje nas praktycznie 24 godziny na dobę. Nie tylko w dzień, lecz także w nocy. Czasem potrzeba wyjść do fryzjera, na zakupy, żeby po prostu trochę zmienić świat, w którym jesteśmy. Wcale nie jest łatwo, mimo że to odbywa się w naszych rodzinach. Akurat w Polsce wszyscy mamy – i ja się z tego cieszę – to poczucie, że spłacamy dług tego wychowania, kiedy byliśmy młodzi. Przychodzi taki moment, że powinniśmy się w jakiś sposób odpłacić, ale jesteśmy też ludźmi i mamy swoje słabości. Czasem chcemy mieć przynajmniej chwilę oddechu. Myślę, że MRiPS także zadba o to – bo to ministerstwo to prowadzi, do tego ministerstwa to jest skierowane – abyśmy mogli mieć chwilę oddechu. Jakimś rozwiązaniem są na pewno ośrodki, w których pacjenci, osoby chore mogą przebywać, ale uważam, że jednak rodzina, pobyt w domu, jest zdecydowanie lepszym miejscem dla takiej osoby niż ośrodki. Tam oczywiście jest opieka, ale tego ciepła, tej miłości myślę, że może aż tak dużo nie ma. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

O głos poprosiła pani Edyta Ekwińska wiceprezes Alzheimer Polska, bardzo proszę.

Wiceprezes Alzheimer Polska Edyta Ekwińska:

Witam państwa bardzo serdecznie. Dziękuję za zaproszenie pani przewodniczącej, a także panu posłowi Michałowi Szczerbie, który zadbał o to, żebyśmy mogli podzielić się kilkoma kwestiami. Na początku chciałabym się przedstawić. Jestem wiceprezesem Alzheimer Polska. Jest to związek stowarzyszeń, które działają od ponad 20 lat i starają się nieść pomoc chorym na chorobę Alzheimera i ich opiekunom. Prowadzimy działalność w największych miastach w Polsce: w Lublinie, Rzeszowie, Poznaniu, Gdańsku i w pozostałych kilkunastu miastach.

Chciałam zwrócić państwa uwagę na to, że choroba Alzheimera nie jest jedyną przyczyną zespołów otępiennych. Są również inne rzadziej rozpoznawane choroby, które prowadzą do coraz większego i coraz bardziej pogłębiającego się zespołu otępiennego u chorego, a co za tym idzie, wiążą się oczywiście ze zwiększonymi nakładami na opiekę nad takim pacjentem. Pracując na rzecz tych pacjentów od ponad 20 lat, mamy różne doświadczenia. W tej chwili chcemy powiedzieć, że jesteśmy najbliżej Planu Alzheimerowskiego, o którego opracowanie staraliśmy się przez te wszystkie lata.

Chciałam podziękować zarówno panu ministrowi Niedzielskiemu, panu dyrektorowi Dariuszowi Poznańskiemu, jak i pani Małgorzacie Michalskiej, którzy współpracują z nami jako z organizacją oddolną, pacjencką w tych kluczowych kwestiach, które są po stronie Ministerstwa Zdrowia, czyli właśnie w kwestii wczesnej diagnostyki. Chciałabym zwrócić uwagę, że wczesna diagnostyka to przede wszystkim lepsza jakość życia pacjenta w trakcie chorowania na choroby otępienne. Im wcześniej rozpoznamy chorobę, im wcześniej włączymy oddziaływania farmakologiczne, tym pacjent dłużej pozostanie na swoim etapie chorobowym. Jeżeli rozpoznamy tę chorobę na początku, to pacjent dłużej jest na pierwszym i drugim etapie lekkiego i umiarkowanego otępienia, a znacznie krócej albo w ogóle nie jest na etapie otępienia znacznego czy głębokiego, które wymaga największych nakładów zarówno finansowych, jak i emocjonalnych ze strony opiekuna.

Program profilaktyki powstaje, w tej chwili jest konsultowany. Jako Alzheimer Polska mieliśmy przyjemność współpracować z państwem w departamencie i cieszymy się, że jest tak bardzo blisko… To na co bardzo chciałabym zwrócić uwagę – i państwu posłom „zaszczepić" to w pewnym sensie – jest to, aby ten dokument powstał jako oddzielny. Chcemy, aby strategia na rzecz demencji czy Plan Alzheimerowski, który zaleca WHO, nie były częścią tej strategii neurologicznej. Z naszych doświadczeń wynika, że choroba Alzheimera dotykająca osoby starsze zawsze będzie cedowana na dalszy plan, jeśli wśród chorób będzie też stwardnienie rozsiane, czy choroba Parkinsona. Wiem, że choroba Alzheimera jest priorytetem w tej strategii dla neurologii, ale… Tak jak w innych krajach europejskich jednak ta strategia alzheimerowska czy plan na rzecz demencji pewne kwestie związane nie tylko z diagnostyką, lecz także z opieką po prostu strukturyzują. Pokazują, które ministerstwa są odpowiedzialne za pewne aspekty i nie tylko. Chodzi tu właśnie o to rozpoznanie i włączenie leczenia.

Chciałam zwrócić państwa uwagę i może poprosić panią przewodniczącą o przeprowadzenie podobnych rozmów, które prowadzimy z Ministerstwem Zdrowia, z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej. W tym dokumencie przez to, że jest przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia, nie pojawiły się informacje o pomocy, którą MRiPS ma i daje pacjentom z chorobą Alzheimera. W ostatnim czasie dochodzą nas słuchy, że – w pewnym sensie przez to, że, te priorytety zdrowotne są tak wysoko opracowywane w Ministerstwie Zdrowia – ta pomoc może być nawet zagrożona. Mówię tu o placówkach dziennych, czyli jakby formie pośredniej, ponieważ pacjent zdiagnozowany może już korzystać z farmakoterapii, może dostać leczenie od lekarza, ale wskazane jest także oddziaływanie pozafarmakologiczne. Od 20 lat w tych największych miastach, bo nie zawsze udaje się to w innych mniejszych miejscowościach, prowadzimy środowiskowe domy samopomocy typu C. Jest to finansowane wyłącznie z pieniędzy Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Przepraszam – teraz – Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Natomiast gdyby takie rozmowy się pojawiły, to chciałam zwrócić uwagę, że jesteśmy jakby trochę w takiej grupie „inne choroby psychiczne", a autyzm wydzielił się w wyniku prac nad tym dokumentem. Ma swoją oddzielną literę i oddzielne działania dodatkowo finansowane w ramach samego programu wsparcia ośrodków wsparcia. Natomiast choroba Alzheimera jest cały czas jedną z wielu chorób psychicznych, a nie jest oddzielnym jakby oddziaływaniem… Prosilibyśmy jednak, żeby to uwzględnić i nie likwidować tych domów. One na razie nie są zagrożone, ale dochodzą nas oddolne słuchy, że być może środowiskowe domy nie są dla seniorów, a choroba Alzheimera dotyka przecież przede wszystkim seniorów. Nasi pacjenci na pewno nie trafią do warsztatów terapii zajęciowej.

Poza tym MRiPS finansuje całodobowe placówki, które niestety również nie są dedykowane typowo dla pacjentów z chorobą Alzheimera, czy z innymi pokrewnymi formami

demencji. Niemniej jednak w tych placówkach bardzo często przebywają nasi pacjenci. Czasami trzeba ukrywać chorobę Alzheimera, by pacjenci przewlekle somatycznie chorzy mogli trafić do placówek. Tego typu informacje docierają do nas jako do organizacji pozarządowych w formie skargi. Pacjenci czują się w pewnym sensie dyskryminowani. Często są to osoby, które rzeczywiście bardzo długo pracowały zawodowo. Ich rodziny mają poczucie, że w tej najtrudniejszej ostatniej fazie, kiedy dopada ich tak ogromna choroba, powinny uzyskać to wsparcie.

Na koniec chciałabym podkreślić, że strategia alzheimerowska mogłaby uporządkować pewne kwestie tak naprawdę bezfinansowo. Umieszczenie tej typowo definiowanej, adresowanej pomocy dla chorych z demencją, czy dla chorych z chorobą Alzheimera w mojej ocenie po prostu należy się tym pacjentom. W tej chwili szukamy albo w programach wsparcia seniorów, albo w programach wsparcia chorych psychicznie czy osób z niepełnosprawnościami, bo typowo dedykowanych. Pewnie też z racji braku typowego dokumentu strategicznego dla tych pacjentów pomoc jest trudna do uzyskania.

Mam jeszcze jedną uwagę dotyczą wsparcia w programie, o którym była już mowa, Narodowym Programie Zdrowia. Chciałam zwrócić uwagę na to, że w poprzednim roku w departamencie był już ogłoszony taki konkurs, ale jako organizacje pozarządowe – tak naprawdę działamy w swoich województwach, tam szukamy wsparcia finansowego, żeby świadczyć pomoc chorym i ich opiekunom – nie jesteśmy w stanie zadeklarować pomocy ogólnopolskiej na poziomie jednego kilkumilionowego dużego grantu. Z tego co wiem, ten konkurs nie został rozstrzygnięty. W związku z tym mam pytanie, czy byłaby możliwość, żeby podzielić te kwoty? Ponieważ jednej organizacji pozarządowej typowo alzheimerowskiej – a mamy przegląd tych działających w Polsce – będzie trudno znaleźć 4 tys. osób chorych i 4 tys. ich opiekunów. Gdyby to było podzielone na jakieś mniejsze regionalne być może wojewódzkie działania, to byłoby nam dużo łatwiej aplikować do takiego konkursu w celu uzyskania środków.

Bardzo dziękuję, że mogłam zostać wysłuchana.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos poprosił pan Jerzy Płókarz prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej. Bardzo proszę.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, panie ministrze, kłaniam się. Z racji organizacji, ale też niestety prywatnie mam do czynienia, a prywatnie miałem… U mojej śp. mamy wystąpił problem otępienny. Chciałbym przychylić się do tego, co powiedział pan minister. Powiedział coś bardzo ważnego, że niezwykle istotna jest świadomość społeczna. Myślę, że trzeba skierować dużo inicjatyw właśnie w celu podniesienia świadomości społecznej. W przypadku mojej śp. mamy dość szybko się zorientowaliśmy, że zaczęły występować pewne ograniczenia, bo do momentu wystąpienia choroby była rzutkim prawnikiem. Dzięki szybkiemu rozpoznaniu nie popadła w głęboką demencję do końca swoich dni. Nie wiem, jak to by było, gdyby nie było tych wszystkich działań, współpracy z lekarzami. W jakimś stopniu udało się ją utrzymać w kontakcie do ostatnich dni. Myślę, że to jest bardzo ważne. Zresztą to było podnoszone przez panią ze stowarzyszenia Alzheimer Polska, bardzo cennego stowarzyszenia. Trzeba tu dużo zrobić.

Mam pytanie do pana ministra, bo spotykamy się od czasu do czasu z takim problemem. Przykład osoby z demencją – w tym przypadku akurat to był Alzheimer – wystąpiły poważne problemy kardiologiczne, karetka zabrała z domu tę starszą panią. Trafia do szpitala na kardiologię. Były poważne problemy z układem krążenia. Niestety oddział kardiologiczny jej nie przyjął, bo nie był w stanie zająć się pacjentem z chorobą Alzheimera. Tam był jeszcze problem agresywności. To już był ten etap choroby, że ta osoba była agresywna. Na oddział, który zajmował się pacjentami z chorobami Alzheimera, też nie chciano jej przyjąć, bo miała problemy kardiologiczne, a oni nie są przygotowani do tego, aby pomóc w tego typu problemie. Efekt był taki, że karetka z tą panią jeździła kilka godzin po mieście. Na szczęście pani przeżyła, ale musiała trafić do niepublicznej placówki leczniczej, gdzie się nią zajęto. Pytanie, panie ministrze, czy

ten problem jest monitorowany. Jeżeli jest, to czy oddziały są w jakiś sposób obligowane do tego, żeby były przygotowane, żeby np. oddział kardiologiczny był przygotowany na to, że może do nich trafić pacjent z zawałem serca, który jednocześnie jest agresywny, bo jest dotknięty np. chorobą Alzheimera? Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos prosił pan Kordian Kulaszewicz. Proszę.

Wiceprzewodniczący Rady ds. Seniorów oraz Rady ds. Osób Niepełnosprawnych w MRiPS Kordian Kulaszewicz:

Szanowne panie przewodniczące, panie ministrze, szanowni goście, jestem w Radzie ds. Seniorów przy MRiPS i chciałbym powiedzieć, że każdy z programów – czy „Aktywni+", czy „Opieka 75+" – obejmuje osoby z Alzheimerem czy demencją. Szczególnie „Opieka 75+" my tu nie wyróżniamy – tak jak robią to gminy – na opiekę, że tak powiem, podstawową i specjalistyczną. Gminy niestety robią taki myk, żeby się zabezpieczyć, i wyodrębniają opiekę specjalistyczną dla osób z demencją i Alzheimerem. Trzeba o tym pamiętać.

Od ponad ośmiu lat prowadzę ośrodek dla osób z demencją i z Alzheimerem. Wiemy wszyscy, że tej choroby nie da się usunąć, ale można ją spowolnić. Tak jak pani tu pięknie powiedziała, terapia zajęciowa jest właśnie po to, żebyśmy mogli pracować z tymi osobami z demencją, Alzheimerem. Moja świetlica opiekuńcza, tak jak już wspominałem, od ponad ośmiu lat pracuje z takimi osobami. Owszem ten pień jest, my go nie usuniemy, ale widzimy to po osobach, z którymi pracujemy, że – dzięki programom „Aktywni+", dzięki byłemu ASOS-owi, dzięki MRiPS – te programy naprawdę pomagają. Mogę z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że może dzisiaj to nie jest wprost napisane w projekcie „Aktywni+", ale w ASOS-ie było napisane dokładnie. Była pani przewodnicząca może to potwierdzić i pani przewodnicząca też, że w ASOS-ie była opieka właśnie nad tym…

Owszem, myślę, że naprawdę dzisiaj możemy podziękować rządowi pana premiera Mateusza Morawieckiego za to, że tych geriatrów jest coraz więcej. Największy problem był w tym, że nie mieliśmy do tego dostępu. Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, oddaję się do pani dyspozycji, możemy porozmawiać, mogę pomóc przy tych programach, wskazać. Myślę, że każdy program MRiPS jest właśnie… Mogę to zdementować, że nikt nigdy nie powiedział… Zresztą ja nie słyszałem, żeby coś likwidowano. Ten problem jest naprawdę znany oddolnie i od góry. Myślę, że – tak jak mówił pan premier – zawsze będą na seniorów większe… Ta „Opieka 75+", która jest, będzie też na osoby z otępieniem i z Alzheimerem. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos prosi pan Zygmunt Wierzyński prezes Alzheimer Polska. Bardzo proszę o zabranie głosu.

Prezes Alzheimer Polska Zygmunt Wierzyński:

Dzień dobry, pani przewodnicząca, a w zasadzie dobry wieczór państwu. Pozwolę sobie odnieść się do tego, co powiedziała, czy o co zapytała na początku pani wiceprzewodnicząca. Zapytała, skąd taka duża rozbieżność pomiędzy szacunkami osób chorych na Alzheimera a osobami zdiagnozowanymi. Otóż w naszej ocenie wynika to przede wszystkim z braku jednolitego, spójnego systemu wczesnego wykrywania zaburzeń pamięci. To według nas jest jedna z przyczyn. Całe szczęście jest światełko w tunelu. W tej chwili, jak koleżanka wspomniała, w konsultacjach jest projekt takiego programu pilotażowego. Druga przyczyna jest taka, że choroba Alzheimera jest klasyfikowana w tych czterech literkach od F00 do F003. Diagnostyka jest rozproszona. Po trzecie, niestety brak wiedzy u podstawowego personelu medycznego, czyli w POZ-ach, u lekarzy, którzy bardzo często ignorują objawy. Na stwierdzenia, że są zaburzenia pamięci odpowiadają „Ja też się zapominam". Traktują to jako przywilej wieku, aczkolwiek tak naprawdę nie jest. Jest to po prostu choroba.

Lepiej sprawa z diagnostyką wygląda w wielkich ośrodkach miejskich, natomiast bardzo źle w ośrodkach i obszarach wiejskich, kiedy do lekarza jest daleko, nie mówiąc już o lekarzu specjaliście. Dodatkowo na tego specjalistę trzeba długo czekać. Tam w tej informacji ministra zdrowia o tych kolejkach… Czy świadczeniodawcy ustalają kolejkę

pacjentów? Choroba Alzheimera nie jest, że tak powiem, chorobą nagłą, czyli wymagającą natychmiastowego działania, np. ratującego życie. W związku z tym oczekiwanie na tego specjalistę neurologa czy psychiatrę mocno się wydłuża.

Jeśli chodzi o świadomość społeczną, to bardzo wiele zmieniło się na plus. Trzeba to przyznać. Głównie za sprawą działania organizacji pozarządowych, które uświadamiają to społeczeństwu w zasadzie od samego początku, od kiedy działają, czyli od dwudziestu paru lat. Ta świadomość rzeczywiście się podniosła, aczkolwiek daleko jest jeszcze do takiego momentu, kiedy chorzy nie będą stygmatyzowani, kiedy nie będą izolowani w swoich środowiskach, kiedy opiekunowie przestaną borykać się w czterech ścianach z problemem choroby Alzheimera.

Odnośnie do Planu Alzheimerowskiego, czy strategii Alzheimerowskiej czy strategii dla demencji, to założenia pierwszego planu powstały w 2011 r. opracowane przez zespół zarówno organizacji pozarządowych, jak i ekspertów z Polskiego Towarzystwa Alzheimerowskiego. Niestety przez te lata nie mogliśmy się przebić z tym planem. Dopiero w zeszłym roku po rozmowach z panem ministrem Niedzielskim coś rzeczywiście drgnęło. Pan minister Kraska wspominał o zespole czy seminarium, na którym był przegląd europejskich planów Alzheimerowskich, a jest już ich w Europie 14, wprowadzonych tylko pod kątem demencji i choroby Alzheimera. Mamy nadzieję, że taki plan powstanie, tym bardziej, że w listopadzie zeszłego roku eksperci Alzheimer Polska opracowali aktualizację tego planu, uwzględniając zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia, jak i FDA oraz Alzheimer Europe.

Cały czas kładliśmy nacisk na to, że wczesna diagnostyka jest niezbędnym warunkiem do tego, by poprzez wczesne podanie leków spowalniających chorobę wydłużyć stan psychofizyczny pacjenta na takim etapie, kiedy będzie mógł jeszcze długo funkcjonować w miarę samodzielnie bez konieczności całodobowej opieki nad nim.

Pan Płókarz poruszył problem pacjentki, z którą jeździł po szpitalach i nikt nie chciał jej przyjąć. Niestety jest to dość częsty przypadek nawet w chwili obecnej, że placówki medyczne, szpitale, nie są przygotowane na przyjęcie takich pacjentów. Co więcej pytają, dlaczego pacjent, który jest przywożony, nie może samodzielnie się podpisać – a trzeba podpisać kartę przy przyjęciu do szpitala, ewentualną zgodę na jakiś zabiegi – przecież umie się podpisywać. Niestety już nie umie. To nie dociera do personelu medycznego.

Przychyliłbym się tu do podziękowań koleżanki Edyty w kierunku pana ministra Niedzielskiego i pana dyrektora Poznańskiego za to, że udało nam się nawiązać współpracę i przygotować założenia pilotażu dotyczące wczesnego wykrywania zaburzeń pamięci. Miejmy nadzieję, że w miarę szybko zostanie on wdrożony i będziemy go mogli przetestować. Wtedy będziemy mieć również dokładną wiedzę o tym, ilu pacjentów jest tak naprawdę w Polsce i jak są zdiagnozowani. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo panu Zygmuntowi Wierzyńskiemu. Bardzo proszę pana ministra o ewentualne ustosunkowanie się do poruszanych przez państwa zagadnień. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, pani przewodnicząca. Rzeczywiście w państwa głosach wybrzmiał moim zdaniem bardzo ważny aspekt, o którym mówiłem, czyli brak świadomości nie tylko u osób, które są zagrożone demencją, ich bliskich, lecz także wśród personelu medycznego. To, o czym państwo mówiliście, że taki pacjent nie jest przyjmowany do szpitala, bo ma Alzheimera, czy jest osobą z demencją, a ma inne schorzenie kardiologiczne, czy obojętnie jakie, które wymaga pomocy w warunkach stacjonarnych, czyli w warunkach szpitalnych… To jest dla mnie nie do pomyślenia. Taki pacjent zawsze powinien być przyjęty. Na pewno taki pacjent wymaga większej czujności, większego zaangażowania personelu medycznego, ale nie wyobrażam sobie, żeby był odsyłany od szpitala do szpitala. Jeśli państwo macie takie konkretne sygnały, to proszę je do nas zgłaszać.

Rzeczywiście od wielu, wielu lat firmy farmaceutyczne pracują nad lekiem zwłaszcza na chorobę Alzheimera, który by w jakiś sposób złagodził jej objawy, czy nawet z niej wyleczył. Prace niestety nie przynoszą w tej chwili żadnych większych efektów.

Co prawda pojawił się lek w Stanach Zjednoczonych, ale kuracja jest niezwykle droga, to jest ponad 56 tys. dolarów na jedną kurację, a skuteczność też nie jest zadowalająca.

Głos z sali:

A nawet szkodzi.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Pan dyrektor mówi, że ten lek nawet szkodzi, więc w dalszym ciągu nie mamy tych narzędzi, żeby w jakiś farmakologiczny sposób zniwelować ten stan chorobowy. Ważne jest to, co państwo też poruszali, że im wcześniej taką osobę zdiagnozujemy, im wcześniej będziemy wiedzieli, że u takiej osoby występuje ta choroba, tym więcej jest metod, aby rzeczywiście zahamować, spowolnić proces, który toczy się w danym organizmie, czy dotyka osoby szczególnie w wieku starszym.

Tak jak powiedziałem jako ministerstwo będziemy w tym roku bardzo aktywnie włączać się w tę kampanię edukacyjno-informacyjną, aby dotrzeć do Polaków. Chcemy, żeby dostrzegli ten problem, że takie osoby są wśród nas, że trzeba się zajmować takimi osobami i może trochę inaczej patrzeć na te osoby. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję, panie ministrze. O głos poprosiła jeszcze pani Maria Leszczyńska reprezentująca Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy osobom z Chorobą Alzheimera. Bardzo proszę.

Prezes Siedleckiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera Maria Leszczyńska:

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Szanowni państwo, nasze stowarzyszenie od 25 lat zajmuje się chorymi na Alzheimera. Świadczymy pomoc chorym i ich opiekunom we wszystkich trzech fazach. Najtrudniej było pozyskać środki na stworzenie dziennego domu opieki dla chorych we wczesnej fazie Alzheimera, czyli w tej fazie łagodnej, kiedy można jeszcze zatrzymać chorobę. Środki są na to niewielkie. Nie mogę zgodzić się z tym, że w programach ASOS i w innych programach dedykowanych zdrowym seniorom znajdują się środki i możliwości pomocy dla chorych z chorobą Alzheimera. Choroby otępienne są wyjątkowe. Pacjenci zarówno zdrowi, jak i chorzy wymagają zupełnie innego podejścia, innej terapii. Sama farmakologia nie pomaga, konieczna jest terapia i to terapia specjalistyczna, żeby dotrzeć do tego chorego, żeby odpowiednio z nim popracować po to, żeby mógł jak najdłużej żyć w społeczeństwie, być w środowisku.

Świadczymy również w miarę możliwości, chociaż tych grantów jest bardzo mało, pomoc chorym w fazie pośredniej. W fazie jeszcze łagodnej, ale już na etapie wchodzenia w fazę zaawansowaną. Tam niesienie pomocy jest już wyłącznie możliwe w domu chorego, w rodzinie, która się opiekuje chorym. Tam jest potrzebna pomoc dla rodziny i pomoc dla samego chorego. Dla takich osób dzienne ośrodki nie są już skuteczne. Prowadzimy również dwa domy pomocy dla chorych na Alzheimera, gdzie przyjmujemy chorych w ostatniej zaawansowanej fazie, gdzie z chorym zupełnie nie ma kontaktu. Te dwa domy prowadzimy w środowisku wiejskim. Jesteśmy w powiecie. Moglibyśmy nieść pomoc chorym, którzy tam przebywają we wszystkich trzech fazach. Moglibyśmy zaopiekować się w tych naszych domach w systemie dziennym chorymi ze środowiska wiejskiego, którzy takiej opieki potrzebują, bo osób starszych jest coraz więcej. Niestety znowu jest bariera środków, ponieważ nie jesteśmy samorządem, nie prowadzimy działalności gospodarczej, więc nie możemy pozyskać środków na przygotowanie naszej bazy na przyjęcie takich osób.

Moje pytanie jest takie, czy dla organizacji pozarządowych, które prowadzą takie działania, które od lat mają doświadczenia w takich działaniach, będą możliwości uzyskania środków na takie działania. Środków na przygotowanie bazy, na rozszerzenie bazy, na opiekę dla chorych we wczesnych fazach, w fazach umiarkowanych, w fazie lekkiej i pomocy wytchnieniowej dla ich opiekunów. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos prosił jeszcze raz pan Zygmunt Wierzyński, prezes Alzheimer Polska. Bardzo proszę.

Prezes Alzheimer Polska Zygmunt Wierzyński:

Dziękuję. Mam taką krótką prośbę i pytanie do pana ministra, ponieważ wiemy, że ma być powołany zespół, który zajmie się strategią na rzecz demencji. Moja gorąca prośba do pana ministra jest taka, żeby w takim zespole znaleźli się eksperci Alzheimer Polska. Mamy ponad 20-letnie doświadczenie w sprawowaniu opieki nad chorymi i w pracy z opiekunami. Myślę, że oprócz tej części medycznej strategii bardzo ważna jest też część opiekuńcza. Moglibyśmy wnieść odrobinę naszego wkładu na rzecz tej strategii. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa zgłasza się jeszcze do zadania pytania lub zabrania głosu? Szanowne panie, czy ktoś jeszcze się zgłasza? Już nie. Zatem, panie ministrze, czy… Jeszcze o głos prosi pan Jerzy Płókarz. Bardzo proszę, panie Jerzy.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Dziękuję pani przewodnicząca. Jeszcze tylko jedno zdanie, bo pani ze stowarzyszenia pomagająca osobom z Alzheimerem stwierdziła, że Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej nie ma tej pomocy. Myślę, że może nie tędy droga. Może nie tyle „Aktywni+", ale w ramach programów „Wspieraj Seniora", „Senior+" tam MRiPS kieruje naprawdę dość duże środki z tym, że tu musicie państwo wspólnie z samorządami… Myślę, że tu nie tyle jest problem w resorcie rodziny, a właśnie w samorządach. Niektóre samorządy po prostu omijają tego typu problem, a w tych programach, które są kierowane właśnie do samorządów i do realizacji przez samorządy, to samorządy dostają naprawdę dość duże środki od rządu. Dziękuję bardzo. To tylko tyle.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, proszę o krótkie odpowiedzi na zadane pytania. Bardzo proszę.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dwie kwestie. Pan Jerzy już mnie trochę wyręczył w odpowiedzi, bo rzeczywiście to MRiPS prowadzi te programy, z których mogą korzystać organizacje, ale myślę, że jeżeli się zgłaszają, to na pewno mogą się znaleźć w tych programach. Druga kwestia. Rzeczywiście Rada ds. Neurologii została powołana. Na pewno będą tam poruszane także kwestie choroby Alzheimera. Jeżeli będzie taka potrzeba, to na pewno powstanie tam zespół, podzespół, który będzie się tymi sprawami już dokładnie i szczegółowo zajmował.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo, panie ministrze.

Bardzo proszę o zabranie głosu panią przewodniczącą Joannę Borowiak.

Poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję za udzielenie mi głosu. Pozwólcie państwo, że powiem jeszcze kilka zdań na dzisiejszym posiedzeniu Komisji. Temat jest bardzo ważny, ale trudny. Temat jest niełatwy, dlatego też Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej zajmuje się nim systematycznie. Tak czyniliśmy w poprzedniej kadencji, tak czynimy i w tej kadencji. Dziękuję bardzo panu ministrowi Waldemarowi Krasce za przygotowanie materiału dotyczącego dostępności do opieki dla osób z chorobami otępiennymi. Bardzo dziękuję również za udział w dzisiejszej Komisji państwu, którzy są przedstawicielami stowarzyszenia Alzheimer Polska, jak i pani z siedleckiego stowarzyszenia. Przede wszystkim dziękuję państwu za ogromną pracę, którą wykonujecie na rzecz osób z chorobą Alzheimera.

Kilka moich wniosków, które nasunęły mi się w trakcie trwania dzisiejszej Komisji. Jesteście państwo za tym, żeby te choroby wyodrębnić. Tak jak pani przewodnicząca powiedziała, tak jak wyodrębniony został autyzm. Natomiast osobiście nie jestem przekonana co do tego, bo nie wiem, czy powinno być A jak Alzheimer, czy O jak choroby otępienne. Czego się obawiam? Obawiam się – proszę mnie wyprowadzić z błędu – tego, że mniejszy nacisk byłby położony na inne choroby otępienne w Krajowej Radzie ds.

Neurologii, o której pan minister Kraska mówił, że ma powstać. Państwo odczytujecie to jako dobry sygnał, że te działania są prowadzone.

Plan Alzheimerowski, o który państwo też postulujecie od pewnego czasu, będzie realizowany, jest w przygotowaniu. Wydaje mi się, że ta Komisja jest komisją właściwą. O jedno chcę tylko prosić Ministerstwo Zdrowia i myślę, że takie też są plany. W dokumencie, który dzisiaj pan minister nam przedstawił, czytamy, że należy zwrócić uwagę na opracowanie kompleksowego programu, który będzie odpowiadał w jak najlepszym i największym stopniu na obecne i przyszłe potrzeby osób z chorobami otępiennymi. Ta kompleksowość… Jestem przekonana, że tak będzie. Ta kompleksowość będzie oznaczała, czy już oznacza, że ten plan będzie międzyresortowy. Myślę, że państwo uwzględnicie w odpowiednim momencie te działania, które…. Tak jak pani przedstawicielka stowarzyszenia Alzheimer Polska zwróciła uwagę na to, że te działania, które prowadzi np. MRiPS, także w swoim obszarze działania ma ten zakres związany z pracą. To niezwykle ważne, by te działania wspierające, dedykowane osobom z chorobami otępiennymi rzeczywiście były uwzględnione. Jeśli plan ma być kompleksowy, to jestem przekonana, że przyjdzie ten moment połączenia sił różnych resortów, bo inaczej nie moglibyśmy mówić o kompleksowości. Pan minister kiwa głową, twierdząco. Nie wiem, czy pan będzie się chciał do tego odnieść, ale myślę, że takie są oczekiwania nas wszystkich, a jestem przekonana, że tak te działania będą prowadzone i kwestie, które wymagają naszej ogromnej uwagi. Cieszę się również jako przewodnicząca Komisji, że taki plan jest w przygotowaniu. On jest niezwykle istotny.

Jeszcze tylko jeden wątek, który bardzo mnie zasmucił, bo odczytałam wypowiedzi, które dzisiaj padły, że są jednak też sytuacje dramatyczne. Państwo mówili też o sytuacjach dramatycznych, których doświadczają czy doświadczały osoby chore na choroby otępienne, a chodziło o inne problemy zdrowotne. Mimo wszystko wkradł tu nam się czynnik ludzki, że nie można się było doprosić o lekarza i pielęgniarkę. Jestem przekonana, że lekarze na wszystkich oddziałach są przygotowani do tego, żeby leczyć wszystkich pacjentów, którzy mają różne choroby, także choroby otępienne. W mojej ocenie niestety jest to ten czynnik ludzki. Pozostaje się tylko odwołać, bo tego nie da się uregulować specjalnymi zapisami. W każdej dziedzinie życia i w każdym zawodzie wymaga to specjalnego podejścia. Jeśli jest możliwe lepsze przygotowanie szpitali, lepsze przygotowanie ośrodków zdrowia, tej podstawowej opieki zdrowotnej, to jestem też pełna nadziei, że będziemy to robili. To jest niezwykle istotne i ważne, tak jak powiedziałam wcześniej, wtedy kiedy do głosu dochodzą także inne choroby. Wszyscy doskonale wiemy, że osoby chore na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera, chorują niestety także na inne choroby, mają także inne przypadłości zdrowotne.

To tyle. Jeśli mój głos będzie takim głosem zbierającym, to jeszcze raz serdecznie dziękuję państwu za dzisiejszy udział w Komisji. Niezwykle ważne jest dla mnie też to, że uczestniczy dzisiaj z nami pani Małgorzata Zwiercan, która w poprzedniej kadencji przewodniczyła tej Komisji. Pani poseł Zwiercan i pani poseł Krystyna Wróblewska, która pracowała 4 lata w Komisji Polityki Senioralnej w oddany sposób, była jej wiceprzewodniczącą. Dziękuję paniom za obecność. To też pokazuje, jak ważna dla nas posłów, którzy dziś pracują i pracowali wcześniej w Komisji Polityki Senioralnej, jest właśnie ta sprawa, ten temat pomocy osobom chorym na choroby otępienne. Jeszcze raz bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Lidia Burzyńska (PiS):

Dziękuję bardzo pani przewodniczącej, która właściwie dokonała podsumowania dyskusji na dzisiejszym posiedzeniu.

Szanowni państwo, aby wzmocnić ten głos i zakończyć tę część naszej Komisji, odwołam się do czterech krótkich stwierdzeń, które są *résumé* tego, co państwo wraz z panią przewodniczącą mówiliście. Wczesne zdiagnozowanie, bo tego typu choroby są bardzo istotne. Szeroko rozumiana świadomość społeczna. Działania aktywizujące seniorów wspomagające ich w chorobie. Proszę państwa, ostatnia rzecz to wrażliwość osób, które mogą pomóc chorym w celu zdiagnozowania innych chorób. Pamiętajmy, że czas biegnie nieubłagalnie i nie wiemy, co nas może spotkać w przyszłości. Bądźmy wrażliwi,

wychowujmy młode pokolenie we wrażliwości, bo ta wrażliwość kiedyś nam się po prostu zwróci.

Czy ktoś jeszcze chce zabrać głos? Nie. Zatem stwierdzam, że Komisja przyjęła informację do wiadomości. Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny.

Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.